



341781
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/2012	4-Data de Autorização 20/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177520	7-Data Validade da Senha 18/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063747704	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707308036567570
13-Nome GEISA BAPTISTA DIOGENES		14-Telefone 03/04/1987	15-Nome do titular do plano GEISA BAPTISTA DIOGENES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	11/08/20		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	11/08/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 300,00	47-Valor Total R\$ 1200,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/20 2 g... ..	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/20
--	--	---	---



Guine Baptista Trógonus.

Soluto Rx Insipiel Confute e
Rx Panormica para avaliação
clínica e profundidade de
rustinação e pontos cômicos.
Intermaxilares

20/07/2020
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37361

 **21 97388-8012**
(WhatsApp)

 21 3936-1003

 Odonto Fields

 @odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203
Vila Valqueire - RJ



338606
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012	4-Data de Autorização 13/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176221	7-Data Validade da Senha 11/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000021072089	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704507355873019
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome MATHEUS DE MATOS COELHO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MATHEUS DE MATOS COELHO
------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE
--	--	---------------------------	-------------	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME
--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0091000100	DOCUMENTACAO			1	260,00	0,00		S	28/07/20		L. Mathews Coelho
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	28/07/20		L. Mathews Coelho
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	28/07/20		L. Mathews Coelho
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	28/07/20		L. Mathews Coelho
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	28/07/20		L. Mathews Coelho
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 316,00	47-Valor Total R\$ 104,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	---	--	----------------------------------	------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Responsável assinou em nome do paciente.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/07/20 L. Mathews Coelho	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/07/20
--	--	---	---



HARMONIZAÇÃO OROFACIAL - BOTOX (TÓXINA BOTULÍNICA) - PREENCHIMENTO FACIAL - REABILITAÇÃO ORAL

IMPLANTE DENTÁRIO

Cirurgias Computadorizadas
Implantes Dentários
Enxertos Ósseos

PRÓTESES

Prótese Flexível
Prótese Fixa
Prótese de Encaixe

ORTODONTIA

Aparelhos Fixos
Aparelhos em Porcelana
Mini Implante Ortodôntico

ODONTOLOGIA ESTÉTICA

Clareamento Dental
Facetas em Porcelana
Restaurações Estéticas

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA DIGITAL

Paciente: *Mathheus de Matos Coelho*

EXAMES:

- Radiografia Cefalométrica de perfil com traçado Ricketts
- Radiografia Panorâmica + complementação bite-wing molar e pré-molar
- Análise de Lavergne-Petrovic
- Discrepância de Bolton
- Com CD.

DOCUMENTAÇÃO FOTOGRÁFICA:

- Frente
- Perfil direito
- Frente sorrindo
- Oclusão anterior
- Oclusão lateral Direito
- Oclusão lateral Esquerdo
- Visão oclusal Superior
- Visão oclusal inferior

➤ Para fins ortodônticos.

Ana Luiza R. Aires
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 43646
13/07/2020

Clínica Radiológica favor enviar e-mail dos exames para: vipdent@hotmail.com

Iddo - Vila Valqueire: 2010-0255 / 99578-8063

Odonto X - Madureira: 2450-9650 / Freguesia: 2424-4956 / Barra: 3139-9951

Radiodoc - Freguesia: 2425-5059 / 3173-2106

Data X - Tijuca / Botafogo / Ipanema / Icaraí / Barra - 2567-1333

BARRA DA TIJUCA

Av. Emb. Abelardo Bueno, 1
Ed. Abelardo Bueno - Sl 536

☎ **99666-3683 | 3400-7028**

PRAÇA SECA

Centro Comercial 705
Rua Baronesa, 705 - Sl. 308

☎ **98104-9972 | 3439-1770 | 3017-0709**

EPAO - 2739 Responsável Técnico Caio Marcelo L. Ferreira CRO RJ 28258

WWW.CLINICAVIPDENT.COM.BR | @vipdentclinica | Vipdent Odontologia



348131
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2/9/07/20		4-Data de Autorização 31/07/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7745645		7-Data de Validade da Senha 27/10/20		
8-Número da Carteira 00202510220300064601				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número da Carteira Nacional de Saúde		
13-Nome TATIANA VEREZA				14-Telefone 13/07/1987		15-Data de Nascimento 13/07/1987		16-Nome do titular do plano TATIANA VEREZA				
16-Atendimento a RN N		17-Nome de Profissional Solicitante		18-Número no CRO 34928		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405		
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08079055777		22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		23-Número no CRO 34928		24-UF RJ		25-Código CNES				
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA				27-Número no CRO 34928		28-UF RJ		29-Código CBO S				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denti	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PA JORÂMICA			1	78,00	0,00			31/07/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade de US 78,00		47-Valor Total R\$ 3120,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a seguir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assinou este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa		



Tatiana Verza.

Solicito Rx panorâmica para
avaliação de 30 molares.

29/07/20

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã - Dentista
CRO - RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203 - Vila Valqueire - RJ

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:

Deixar o nome completo



347870
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/20	4-Data de Autorização 29/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179956	7-Data Validade da Senha 27/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND EST DOS PROF DE EDUC DO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702800133134869
13-Nome OLIVIA MARTINS CAETANO		14-Data de Nascimento 08/05/1957	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano OLIVIA MARTINS CAETANO	

16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (II) 81000375-RME
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08079055777		22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA				27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	31/07/20		x
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	31/07/20		x
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	31/07/20		x
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 250,00	47-Valor Total R\$ 200,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/20 Olivia Martins Caetano	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/07/20
--	--	--	---



Odontoclínica do
SORRISO

Olivia Martins Caetano.

Solicitado Radiografia periapical
Completa com interproximais (Mo-
lados Superiores e inferiores, lados
direito e esquerdo).

Com a finalidade de planejar
tratamento, favor enviar laudo.

29/10/2020
Dr. Luis Claudio C. Bastos
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ: 22586



349955
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2008	4-Data de Autorização 03/10/2008	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181013	7-Data Validade da Senha 01/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000005087719	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO APOIO AO CORPO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 89800464841234
13-Nome ANA ALICE FONSECA MACHADO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEANDRO DE AZEREDO MACHADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	07/10/2008		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 3120,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	---------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/2008 Ana Alice Fonseca	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/2008
--	--	---	---



Ana Clia Franco Machado

Solicito Rx panorâmica para
avaliação de cronologia
de extrações e posicionamento
dos 32 molares.

03/08/2022
Ana Carolina de Campos
Cirurgiã-dentista
CRO-RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203
Vila Valqueire - RJ



349944
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/08/20	4-Data de Autorização 03/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181009	7-Data Validade da Senha 01/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00370000005087654	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO APOIO AO CORPO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704302562134197
---	--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome VALERIA FONSECA DE SOUSA DA CR	14-Telefone 25/12/1978 () -	15-Nome do titular do plano LEANDRO DE AZEREDO MACHADO
---	---------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	07/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 88,80	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/08/20 Valeria Fonseca	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/08/20
--	--	---	---



Valéria Fomica de Souza de Cruz

Solicito Rx Periapical Completo para
avaliação clínica, devido
a corré intrínsecas. ~~est~~

03/08/2020
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRC-RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203
Vila Valqueire - RJ



351245
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/81/20	4-Data de Autorização 05/10/81/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181617	7-Data Validade da Senha 02/11/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00370000004996219		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701809220012370
---	--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome ALESSANDRA TEIXEIRA BRANCO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROBSON NOGUEIRA BRANCO
---------------------------------------	----------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANDRÂMICA			1	78,00	0,00		S	07/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 31,20	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/08/20 Alessandra Teixeira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/08/20
--	--	---	---

Branco

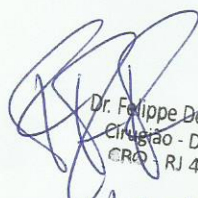


Cura Dentale
Odontologia

Paciente:

Alessandra Teixeira Bruno

Solicitado Raio X panorâmico.
para Avaliação e planejamento o
tratamento odontológico.



Dr. Felipe De Ferrante
Cirurgião - Dentista
CRO RJ 45463

04/08/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire
☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



351247
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/20	4-Data de Autorização 05/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181619	7-Data Validade da Senha 02/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000004996200	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708505329673076
13-Nome AGHATHA TEIXEIRA BRANCO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROBSON NOGUEIRA BRANCO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	07/08/20		x
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 320,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/08/20 Aghatha T. Branco	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/08/20
--	--	---	---

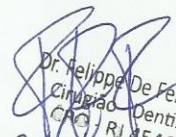


Cura Dentale
Odontologia

Paciente:

Acyhartha Teixeira Branco

Solicitado Raio X panorâmico
para avaliação e planejamento o
tratamento odontológico.


Dr. Felipe De Ferrante
Cirurgião Dentista
CRO - RJ 45463
04/08/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



351241
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/20	4-Data de Autorização 05/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181616	7-Data Validade da Senha 02/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000004995832	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702500315473033
13-Nome ROBSON NOGUEIRA BRANCO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROBSON NOGUEIRA BRANCO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	02/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 312,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/08/20 Robson N. Branco	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/08/20
--	--	--	---

IMPRESSÃO DIGITAL ELETTRONICA
EIRELI-ME



Cura Dentale
Odontologia

Paciente:

Robson Nogueira Branco.

Solicitado o Raio X panorâmico
para Avaliação e planejamento o tratamento
odontológico

Dr. Felipe De Ferrari
Cirurgião - Dentista
CRO - RJ 45463

04/08/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



343110
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 21/10/2010		4-Data de Autorização 22/10/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50178077		7-Data Validade da Senha 19/10/2010	
8-Número da Carteira 0037000011212554						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome LUIZ CARLOS DA SILVEIRA						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS DA SILVEIRA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701001814199996	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 34928		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777		22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		23-Número no CRO 34928		24-UF RJ		25-Código CNEB		Enviar - RX (I) 81000405	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928		28-UF RJ		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			24/10/2010		
2	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			24/07/2010		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 300,00		47-Valor Total R\$ R\$ 300,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
---	--	--	--	---	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	---	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/07/2010 Luiz Carlos da Silveira		53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/07/2010	
--	--	--	--	---	--	---	--



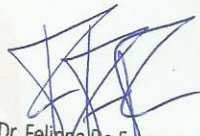
Cura Dentale
Odontologia

Paciente:

Luiz Carlos da Silveira.

Solcito Raio X panoramico.

Para Avaliar e planejar o
tratamento odontologico



Dr. Felipe De Ferrante
Cirurgião - Dentista
CRO - RJ 45463

21/07/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



Cura Dentale
Odontologia

Paciente:

Luiz Carlos da Silveira.

Solito Raio X periapical
Completo.

Paciente com muitos implantes
e perda óssea acentuada.

Para avaliar e planejar o melhor
tratamento para o paciente.

Dr. Felipe De Ferrante
Orugião - Dentista
CRO - RJ 45463

21/07/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



345157
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/07/20	4-Data de Autorização 24/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178804	7-Data Validade da Senha 22/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037175000005001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PIKIL MODAS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703408270799500
--	--	--------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome JOAO RICARDO LIMA FERREIRA NET	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOAO RICARDO LIMA FERREIRA NET
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome de Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	24/07/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 8580,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/07/20
--	--	---	---

Dr.º Marcos Carvalho da Silva

Cirurgião Dentista
CRO 16315-9

Solicito o x R panorâmico completo
com 2AUS do PA para João Manoel
Lino F. Neto para diagnóstico
de 26506 Panorâmico

Dr. Marcos Carvalho da Silva
Cirurgião - Dentista
CRO 16315-9

23/7/2020

Rua: Conde de Bonfim 44/602 - Tijuca - RJ
Contatos:
2569-7091
98117-4405



346149
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2012	4-Data de Autorização 27/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179162	7-Data Validade da Senha 25/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Data de Beneficiário 0037994063752830		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003424536115
13-Nome ALEXANDER RODRIGUES DOS SANTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ILANA DA SILVA FERREIRA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777		22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00					S	30/07/2012	801
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 560,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/07/2012



**CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO
DRA. FÁTIMA CUNHA COSTA**

Nome do paciente: Alexander Rodrigues dos Santos

Data: 14 / 07 / 20

Solicito:

Periapical elemento 23

Dra. Fátima C. Costa
Cirurgiã Dentista
CRO - RJ: 17044

Carimbo e Assinatura

Estrada da Cancela Preta Nº. 2011 - Bangu/RJ
Tel: 3309-2313 / 3518-0763

"Confia no Senhor as tuas obras, e teus pensamentos serão estabelecidos".



344093
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178403	7-Data Validade da Senha 20/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00373195101515008		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708603076732481
---	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome PAULO ROBERTO GALLART	4-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO GALLART
----------------------------------	----------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES 81000405	Enviar - RX
--	--	---------------------------	-------------	----------------------------	-------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Caja de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	31/07/12		L. J. S.
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	31/07/12		L. J. S.
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade de US 300,00	47-Valor Total R\$ 100,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	-------------------------------------	------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/07/12
--	--	---	---



Paulo Roberto Gollant.

Soluto Rr Panormice para
avaliação da densidade óssea
para futuros implantes.

22/07/2020
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382

 **21 97388-8012**
(WhatsApp)

 **21 3936-1003**

 **Odonto Fields**

 **@odontofields**

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203
Vila Valqueire - RJ



Paulo Roberto Goliant.

Goliant R. Periapical Completo para
análise clínica e radiológica.

22/07/2020
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203
Vila Valqueire - RJ



361925
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/08/2012	4-Data de Autorização 24/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186017	7-Data Validade da Senha 20/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063754735	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700007799637204
13-Nome ANA MEL CARVALHO ALBUQUERQUE D		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALESA FERREIRA CARVALHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome de Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	24/08/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/08/2012
--	--	---	---

1000 INSTITUTO DOR DE G

1000 INSTITUTO DOR DE G



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Ana Mel Carvalho Albuquerque

Solicitação

1) Rx panorâmico

Motivo: Avaliação dos elementos dentários
(Decíduos e permanentes) para
planejamento do tratamento
odontológico

22/08/20

Drª Ana Carolina Santos
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 44874

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



359003
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2003	4-Data de Autorização 18/10/2003	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50184864	7-Data Validade da Senha 16/11/2003
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994064907136	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa THIAGO OLIVEIRA MO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704507312920619
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome THOMAS OLIVEIRA MORAES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THIAGO OLIVEIRA MORAES
-----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RIS
--	--	---------------------------	-------------	----------------	---------------------------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000421-RIS
--	---------------------------	-------------	-----------------	------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	21/08/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIL		1	14,00	0,00		S	21/08/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 28,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/2003 <i>Thiago Oliveira Moraes</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/08/2003
--	--	---	---

INSTITUTO DENTAL DIAGNOSTICO ORAL EIRELI-ME

Thomas Oliveira Moraes

Solicito raio x periapical da região dos incisivos superiores e inferiores para fins ortodôntico.



Rafael L. Moraes
Cirurgião-Dentista
CRM 39212

Pao, 11/8/2020



354157
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 11/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182812	7-Data Validade da Senha 08/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00370000032011752		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704003805922164
---	--	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome PATRICIA BARBOSA MEDEIROS	14-Telefone 15/01/1978	15-Nome do titular do plano PATRICIA BARBOSA MEDEIROS
--------------------------------------	---------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES 81000405
--	--	---------------------------	-------------	----------------------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	11/08/20		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	11/08/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 300,00	47-Valor Total R\$ 120,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/20
---	---	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL EIRELI-ME



Patrícia Barbosa Medeiros.

Soluto Rx Periapical completa para
análise possíveis cáries interproximais
e restaurações antigas.

40/08/20

Ana Carolina G. de Campos

Cirurgiã - Dentista

CRO - RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

Odonto Fields

@odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203 - Vila Valqueire - RJ



Pâmela Barbosa Medeiros

Solicitado Rx panorâmica para
avaliação ortodôntica e
posicionamento dos 32 molares.


Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã - Dentista
CRO - RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)
21 3936-1003

Prça Saiqui, 40 - salas 201 e 203 - Vila Valqueire - RJ

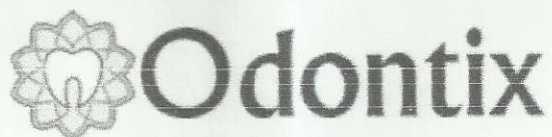
Odonto Fields

@odontofields

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 20/07/2022

O profissional contratado que assina esse documento, os valores

NOME DA EMPRESA
[assinatura] / [rubrica]



Paciente: Maria Clara Batista Ribeiro

Solicito:

- Interproximais dos molares direito e esquerdo
- Panoramica Simples
- Periapical da região 51,52
- Telerradiografia de perfil com traçado
- Cefalometria de perfil:
 1. USp
- Fotos:
 1. Frente
 2. Frontal
 3. Lateral direito e esquerdo
 4. Perfil direito e esquerdo
 5. oclusa I superior e inferior

PARA TRATAMENTO ORTODONTICO.

Estrada do Portela, nº 54 sala 301 - Madureira

3215-1105 / 3215-1198

2019/120
Dra. Camila M. Rodrigues
Cirurgia Dentista
CRO 40 41.176



351211
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/20	4-Data de Autorização 04/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181607	7-Data Validade da Senha 02/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DOR DE G		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700009922735908	
8-Número da Carteira 00379994063751884									

13-Nome ALAN JERONIMO NOGUEIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ALESSANDRA SILVA DA FONSECA	
		24/03/1968			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 34928		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante							

21-Código na Operadora / GNPJ / CPF 08079055777		22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		23-Número no CRO 34928		24-UF RJ		25-Código CNES	
--	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928		28-UF RJ		29-Código CBO S	
--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0091000100	DOCUMENTACAO			1	260,00	0,00		S	04/08/20		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	04/08/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 482,00		47-Valor Total R\$ 482,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
---	--	--	--	---	--	----------------------------------	--	------------------------------	--	---	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação											
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/08/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/08/20	
---	--	--	--	---	--	---	--

STAMP DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL EIRELI/ME



Odente
clínica de sorrisos

www.portalodente.com.br
(21)2489 8330 | (21)97942 5775
Av. Gal. Osvaldo Cordeiro de Farias, 62, Marechal Hermes
Grupo 201 | Rio de Janeiro-RJ | CEP 21610-480

Paciente: Alan Frôximo Nogueira.

Solicitação:

Panorâmica

Telerradiografia de perfil (Ricketts lateral)

Modelo zocalado

Documentação fotográfica: Frente, Perfil direito, Sorrindo, Frontal, Lateral direito e Lateral esquerdo.

Motivo: Tratamento Ortodôntico

Camila Garcia Ferreira
Dentista
04/10/2020



Odente
clínica de sorrisos

16:43

www.portalodente.com.br
(21)2489 8330 | (21)97942 5775

Av. Gal. Osvaldo Cordeiro de Farias, 62, Marechal Hermes
Grupo 201 | Rio de Janeiro-RJ | CEP 21610-480

Paciente: Alan Frômimo Nogueira.

Solicitação:

**Periapical completo interproximais de molares
do lado direito e do lado esquerdo.**

Motivo: Tratamento Ortodôntico

Camila Garcia Pereira
Cirurgiã Dentista
04/08/20



355120
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/20	4-Data de Autorização 11/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183236	7-Data Validade da Senha 09/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RJ RANGEL ENGENHAR	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705001805504759
-----------------------	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome JULIANA RANGEL DO NASCIMENTO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIANA RANGEL DO NASCIMENTO
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	12/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 08,80	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/20
--	--	---	---



Juliana Rangel de Nascimento

Solicitado Rx Periapical Computed,
para avaliação clínico e di-
agnóstico cárie interproximais.

11/09/20
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã - Dentista
CRO - RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203
Vila Valqueire - RJ



349998
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 40644	3-Data de Emissão da Guia 03/08/20	4-Data de Autorização 03/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181026	7-Data Validade da Senha 01/11/20
-------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00379994063748395	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 980016296181065
13-Nome ALESSANDRA SILVA DA FONSECA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALESSANDRA SILVA DA FONSECA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0091000100	DOCUMENTACAO			1	260,00	0,00			03/08/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 260,00	47-Valor Total R\$ 38,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/08/20
---	---	---	---

INSTITUTO DOR DE G
DIAGNOSTICO ORAL EIRELI-ME



Odente
clínica de sorrisos

www.portalodente.com.br

(21)2489 8330 | (21)97942 5775

Av. Gal. Osvaldo Cordeiro de Farias, 62, Marechal Hermes
Grupo 201 | Rio de Janeiro-RJ | CEP 21610-480

Paciente: Alessandra Silva Fonseca

Solicitação:

Panorâmica

Telerradiografia de perfil (Ricketts lateral)

Modelo zocalado

Documentação fotográfica: Frente, Perfil direito, Sorrindo, Frontal, Lateral direito e Lateral esquerdo.

Motivo: Tratamento Ortodôntico

Camila Garcia Ferreira
Cirurgião Dentista
CRP RJ 31410

Resp. Téc.: Paulo Sergio G. Garcia | CRO RJ 10051 | EPAO 4307



354339
INTERCÂMBIO

1-Registro /HS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/8/20	4-Data de Autorização 11/10/8/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182879	7-Data Validade da Senha 08/11/20
8-Número da Carteira 00379994064270367			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / / / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705200429373876					
13-Nome CLAUDIA DE OLIVEIRA SALLES SAN			14-Telefone 11/12/1971	15-Nome do titular do plano CLAUDIA DE OLIVEIRA SALLES SAN	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777		22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES 801 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	Envair - RX (I) 81000405

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	11/08/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/08/20
---	---	---	--

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL EIRELI-ME.



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Claudia de Oliveira Gomes

Solicito:

- 1) Rx panorâmico

Motivo: Avaliação do elemento
dentário para planejamento
do tratamento odontológico

10/08/20
Dra Ana Carolina Santos
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 44874

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



354333
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 11/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182877	7-Data Validade da Senha 08/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994064270545	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708502357486576
13-Nome ANA BEATRIZ SALLES SANTANA BAR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDIA DE OLIVEIRA SALLES SAN	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / GNPJ / QPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	11/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 220,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/20
---	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL EIRELI-ME.



Cura Dentale
Odontologia

Paciente Ana Beatriz Sales Gentan

Solicito:

1) Rx panorâmica

Motivo: Avaliação dos elementos
dentários para planejamento
do tratamento odontológico

Drª Ana Carolina Santos
Cirurgia Dentista
CRO-RJ 44874

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



344638
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS A06414	3-Data de Emissão da Guia 23/07/20	4-Data de Autorização 23/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178617	7-Data Validade da Senha 21/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994063754468	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70060347459665
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---

13-Nome ARTHUR BERTOLINI CERCILIER	14-Telefone (11) -	15-Data Validade da Senha 10/04/2010	16-Nome do titular do plano BEATRIZ MAGINI BERTOLINI
---------------------------------------	-----------------------	---	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RIS
--	--	---------------------------	-------------	----------------	---------------------------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	(II) 81000421-RII
--	---------------------------	-------------	-----------------	-------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0091000100	DOCUMENTACAO			1	260,00	0,00		S	23/07/20		
2.	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	23/07/20		
3.	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	23/07/20		
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 288,00	47-Valor Total R\$ 81,22	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/07/20
---	--	---	---

Nome: ARTHUR BERTOLINI CERCILIER

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA INICIAL

Nome: ARTHUR BERTOLINI CERCILIER

Data: Sexta-feira, 10 de julho de 2020.

Solicito realizar a documentação ortodôntica abaixo discriminada:

- * Radiografia Panorâmica Simples com laudo;
- * Com radiografia periapical dos Incisivos Superior/Inferior
- * Radiografia Cefalométrica de perfil com traçado USP / UNICAMP Padrão (DR. CÉSIO)
- * Modelos em gesso zoocalado em caixa com quatro divisões.
- * Fotografias (fundo branco):
 - (x) Frente Repouso.
 - [x] Frente Sorrindo;
 - (x) Perfil direito (sério);
 - (x) Oclusão Frontal;
 - (x) Oclusão Lateral direita;
 - (x) Oclusão Lateral esquerda;
 - (x) Oclusal Superior;
 - (x) Oclusal Inferior;

Dr. Carlos Rodrigo Andrade Aguiar
Cirurgião Dentista
CRO-RJ 38014

Paciente/Responsável

Profissional



350096
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização 03/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181086	7-Data Validade da Senha 01/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 0037000032135141		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BAPTISTA S P D E S APOIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702807624306062
13-Nome MARCELO PEREIRA RODRIGUES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO PEREIRA RODRIGUES		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	03/08/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 3,20	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/08/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/08/2012

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL FIRELLI ME



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Marcelo Pereira Rodrigues

Solicito:

1) Rx panorâmico

Motivo:

Avaliação dos elementos dentários
para planejamento do tratamento
odontológico

Dra Ana Carolina Santos
Cirurgia Dentista
CRO-RJ 44874

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



350093
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/08/20	4-Data de Autorização 03/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181085	7-Data Validade da Senha 01/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00370000032135338		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BAPTISTA S P D E S APOIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700804484725786
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	--

13-Nome ELISABETE ALMEIDA	14-Data de Nascimento 31/03/1967	15-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO PEREIRA RODRIGUES
------------------------------	-------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número na CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000405
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número na CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	03/08/20		L. Almeida
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 3120,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/08/20
---	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL EIRELI-ME.



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Elisabete Almeida

Solicito:

4/2x panorâmico

Motivo:

Avaliação dos elementos dentários
para planejamento do tratamento
odontológico

03/08/20
Dra Ana Carolina Santos
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 44874

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



350109
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/08/20	4-Data de Autorização 03/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181094	7-Data Validade da Senha 01/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994062584054	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702804622829464
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome MARILIA FERREIRA DIAS	14-Telefone 25/06/1963	15-Nome do titular do plano MARILIA FERREIRA DIAS
----------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	03/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 188,80	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/08/20
---	--	---	---

DIAGNOSTICO ORAL FIELLE ME.



Odonto *Fields*

Marilene Ferraz Dias

Soluto by Principled completa para
auxílio clínico e protético,
paciente com inúmeros casos.

0308120
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203
Vila Valqueire - RJ



356518
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/20	4-Data de Autorização 13/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183861	7-Data Validade da Senha 11/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994065001700		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome WALERIA MONTEIRO DOS SANTOS	14-Telefone () 8624-5641	15-Nome do titular do plano WALERIA MONTEIRO DOS SANTOS
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	13/08/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 3120,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/20 Waléria	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/08/20
---	--	---	---

IMPRESSO DIAGNOSTICO DENTAL EIRELI-ME



Cura Dentale
Odontologia

Waleira, Monteiro dos Santos

Solicito radiografia panorâmica, para
melhor avaliação da paciente.

Dr. Felipe De Ferrante
Cirurgião - Dentista
CRO - RJ 45463

Rio, 12/08/2020.

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



358075
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/20	4-Data de Autorização 17/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50184524	7-Data Validade da Senha 15/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994065464220		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705001071961255
---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome DAVI HENRIQUE DE SOUSA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOANA DARC HENRIQUE LEANDRO
-----------------------------------	----------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	17/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 78,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/08/20
---	---	---	---



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Davi Henrique de Souza

Solicito radiografia panorâmica para
Análise e planejamento no tratamento
odontológico.

Dr. Felipe De Favarante
Cirurgião Dentista
CRO RJ 45463

17/08/20

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



352859
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/08/20	4-Data de Autorização 07/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182276	7-Data Validade da Senha 05/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número de Carteira 0037000022005857		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CLAUDIA MARIA FONS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706808275800621
--	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome CLAUDIA MARIA FONSECA BATISTA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDIA MARIA FONSECA BATISTA
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número na CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / QPP 0807905577	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número na CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número na CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22200	000		S	07/08/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 22200	47-Valor Total R\$ 86800000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	--------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/08/20
---	---	---	---

DIAGNOSTICO ORAL E PREVENCAO



CLÍNICA ODONTOLÓGICA PJ

CNPJ/MF.: 08.047.660/0002-10

Claudia Maria Fonseca Batista

Soluto Rx periapical completo
para avaliação de raízes após
Endodontia.



ho 27/07/2020

LUCIANE F. DELILU
Cirurgia Dentista
CROPA 7292

Rua das Camélias, 94 - Vila Valqueire - Rio de Janeiro - RJ. - Tel: 3563-6669